



## ПРОБЛЕМЫ ЛЕЧЕНИЯ ХИРУРГИЧЕСКИХ ИНФЕКЦИЙ

<sup>1</sup>Абдуллаев Сайфулло

Абдуллаевич

<sup>2</sup>Байсариев Шовкат Усмонович*Received 15<sup>th</sup> Aug 2023,**Accepted 26<sup>th</sup> Sep 2023,**Online 11<sup>st</sup> Oct 2023*

1. Доктор медицинских наук, профессор. Кафедра общей хирургии. Самаркандский государственный медицинский университет.
2. Ассистент кафедры. Кафедра общей хирургии. Самаркандский государственный медицинский университет.

**Аннотация:** Хирургические инфекции всегда были и остается проблемой клинической хирургии. Больные с хирургическими заболеваниями составляют всех больных с хирургических инфекции до 30-40% всех больных хирургического профиля. Особенно актуальным является проблемы комплексного лечения инфекции кожи и мягких тканей при сахарном диабете. Один из тяжелых осложнений сахарного диабета гнойно- септических поражение кожи и мягких тканей и диабетическая стопа с гнойно- некротической гангреной. По данным Всемирной организации здравоохранении по инвалидности после сахарного диабета на первом и по смертности на третьем месте.

**Ключевые слова:** Хирургические инфекции, клинической хирургии, гнойно- септических поражение

**Цель работы:** Усовершенствовать новые технологии в диагностике и комплексном лечении при гнойно – некротических поражениях мягких тканей.

**Материалы и методы исследования.** В гнойно- септическом отделение Самарканского городского медицинского объединения и клиники СамГМУ находились на стационарном лечении 86 больных сахарным диабетом с гнойно- некротическими воспалительными поражениями мягких тканей. Мужчин было 48 женщин 38. Возраст больных были от 24 до 78 лет. Средний индекс массы тела (ИМТ) составил  $28,2 \pm 3,5 \text{ кг/м}^2$  у обследованных больных. Избыточной масса тела и ожирение выявлены у 62 пациента.

Хирургические инфекции по уровню поражения мягких тканей мы использовали предложенной классификации по Д Н Ahrenholz (1991г)

1. Уровень -поражение собственной кожи-11.
2. Уровень-поражение подкожной клетчатки-37.
3. Уровень-поражение поверхностной фасции-24.
4. Уровень-поражение мышц и глубоких фасциальных структур-14 больных.

Все 86 больных мы разделили на 2 группы. В первую группу вошли 25 больных которые получали традиционное лечение без этапной некрэктомии.

Во вторую группу вошли 61 больной (основная группа) которые получили по новой технологии провели местное лечение и этапную некрэктомию.

Причинами гнойно-некротических воспалений мягких тканей были: сахарный диабет-2го типа, тяжелая форма синдромом диабетической стопы, парапроктиты, флегмона промежности, болезнь Фурнье, флегмона верхних и нижних конечностей, глубокие постинъекционные абсцессы, ущемлённые пупочные, паховые грыжи с воспалением грыжевого мешка, после операционные нагноения раны с осложнением флегмоной передней брюшной стенки.

Для уточнения степени выраженности макро и микрососудистых поражений все больные подвергались ультразвуковому, рентгенологическому (рентгенография конечностей, рентгеноскопия грудной клетки), доплерографическому исследованию. При необходимости КТ и МСКТ. Помимо этого все лабораторные исследования крови и мочи, биохимические исследования, количество сахара в крови в динамике и бактериологические исследования из гнойных ран. Произведены иммунологические мониторинги.

При обследовании больных сахарным диабетом 2 го типа были выявлены риски развития сахарного диабета наследственного характера у 61% больных, табакокурение у 24%, употребление алкогольных напитков у 23% особенно среди мужчин.

Клинический анализ показал что сердечно-сосудистой патологии-ишемическая болезнь сердца- у 18%, у 11% больных перенесенных острое нарушение мозгового кровообращения, у 58% больных выявлены артериальная гипертензия.

Диабетический анамнез у этих больных составил в среднем 20,3 лет. 41 больной страдало сахарным диабетом от 5 до 15 лет, что составило 29%. У 38 больных диабетический анамнез было отмечено 16-20 лет, что составило 51%. У остальных 7 больных диабетический анамнез был более 21 года что составляло 10%. Однако не смотря на длительного диабетического анамнеза эти группы больных очень поздно обратились к врачу. При развитии фасциита первыми поражаются поверхностные фасции, подкожно-жировая клетчатка. В этой стадии болезни первичные признаки не появляются в плане диагностики бывают определённые затруднения. Некротических фасциитах появляются массивные отёки, локальная боль и признаки интоксикации. При локализации гнойно- некротического процесса в области стоп и пальцев гнойный процесс распространяется вверх по фасциям и по синовиальной оболочке мышц (мионекрозы). При вскрытии флегмоны, абсцесса далеко от инфильтрата мягких тканей в глубине раны выявлены вязкого характера желтовато-серого цвета гнойные массы со специфическим ихорозным запахом. У 31 больного обнаружены сепсис. У 45 больных наблюдалось обычное течение гнойно- воспалительных процессов мягких тканей без явления сепсиса.

**Результаты и обсуждение работы:** В последние годы при выборе метода хирургического лечения больных с гнойно-некротическим осложнением сахарного диабета, учитываем характер и распространенность воспалительного процесса мягких тканей.

Возбудителями гнойно-некротической флегмоны мягких тканей, особенно осложненных некротизирующими фасциитами могут быть различные микроорганизмы: стрептококки, стафилококки, энтерококки, кишечные палочки и другие облигатные анаэробы.

Местные клинические признаки некротических фасциитов имеют свои особенности, на коже специфические местные признаки визуально не определялись. Особенностью течения некротических фасциитов является гнойный процесс подкожной клетчатки, распространяется по фасциям и развивается гнилостно – некротический процесс в фасции и переходит в подлежащим мышцам (мионекрозы).

В наших наблюдениях выяснилось, что больные с острыми парапроктитами, осложненными фасциитами промежности, большими флегмонами передней брюшной стенки, гнойно-некротическими флегмонами пальцев и стоп обращались в стационар поздно. Именно в этой группе больных часто развивался сепсис. УЗИ является высоко информативным методом диагностики по локализации гнойного процесса мягкой ткани, его размеры, глубины поражения. В лечении некротических фасциитов необходимы своевременные, ранние радикальное оперативное вмешательства: полноценный хирургический разрез, санация раны ,адекватное дренирование.

Все наши больные своевременно подверглись оперативному лечению, то есть широкими разрезами флегмоны бедра, голени с удалением некротических тканей. В отдельных случаях из-за тяжести состояния больных сделать полную некрэктомию невозможно. По-этому в послеоперационном периоде произведена этапная некрэктомия. Тяжелым больным от 3 до 8 раз нами проведены этапные некрэктомии с адекватным дренированием. При наличии осложнения анаэробной флегмоны производились разрезы «лампасного» характера. Раны обрабатывались раствором перекиси водорода, проводили тщательную санацию, по мере возможности некрэктомию и дренирование раны.

Если в послеоперационном периоде развивается повышение температуры, тахикардия, боли в области послеоперационной раны, особого улучшения общего состояния больных не наблюдается - это является признаком, что в глубине мягких тканей есть жидкостное образование. В отдельных случаях когда выше приведенные исследования не удается возможным мы применяли пункционные методы обследования вокруг ран. При обнаружения наличия жидкости мягких тканях проводились расширение раны. Применено лечение раны отрицательным давлением на 2-м этапе гнойного процесса.

**Вывод:** Ранняя диагностика и своевременное местное и комплексное хирургическое лечение являются оптимальным способом лечение гнойно- некротических поражений мягких тканей.

### Литературы

1. Алиев С.А., Алиев Э.С. Некротизирующий фасциит: узловые аспекты проблемы в свете современных представлений. Вестник хирургии, том 174: 6, 2015: 106-110 стр.
2. Бархатова.Н.А. Детоксикационная и противовоспалительная терапия генерализованных форм инфекции мягкий тканей. Хирургия 2009; 5:27-30.
3. Гринёв М.В. Корольков А.Ю и др. Некротизирующий фасциит СПб. Гиппократ, 2008, 136 стр.

3. Гостищев В.К., Липатов К.В., Фархат Ф.А. Стрептококковая инфекция мягких тканей: особенности клиники, диагностики, лечения. Альманах клинической медицины. 2006; XI: 17-21.
4. Гостищев В.К. Инфекции в хирургии: руководство для врачей. М.: GEOTAR-Медиа; 2007;768
5. Ерюхин И.А. Хирургические инфекции. Руководство. СПб.: Питер: 2003;864.
6. Колесов А.П., Столбовой А.В., Кочеровец В.И. Анаэробные инфекции в хирургии. Л. 1989; 160.
7. Липатов К.В., Брико Н.И., Глушкова Е.В. Инвазивная стрептококковая инфекция(группы А) мягких тканей в хирургическом стационаре Москвы. Вестник РАМН.2013;6:15-20.
8. Сажин В.П., Бодрова Н.Г., Климов Д.Е.и др. Антибиотикотерапия при гнойных хирургических заболеваниях органов брюшной полости и мягких тканей.
9. Светухин А.М., Земляной А.Б., Истратов В.Г. и др. Клиническое значение ранней диагностики анаэробной неклостридиальной инфекции. Хирургия. 2005;8:41-44.
10. Шербеков, У. А., Рустамов, М. И., Шеркулов, К. У., Байсариев, Ш. У. диагностика и хирургическое лечение острых гнойных проктологических заболеваний //Молодежь и медицинская наука в XXI веке. – 2017. – С. 389-390